

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 10 mai 1904, à 1 heure

PAR

François GUILLET

Né à Uzel (Côtes-du-Nord), le 12 septembre 1875

Ancien Interne des Hôpitaux d'Angers

L'OPÉRATION CÉSARIENNE D'URGENCE

Président : M. BUDIN, professeur.

Juges : { M. JOFFROY, professeur.
MM. DUPRÉ, DEMELIN, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

H. JOUVE

15, rue Racine, 15

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie.....		P. POIRIER
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....	}	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIASDUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....		RECLUS.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		GILBERT.
Médecine légale.....		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL
Pathologie expérimentale et comparée.....		DEJERINE.
Clinique médicale.....	}	HAYEM.
		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
Maladie des enfants.....		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.....		RAYMOND
	}	TILLAUX.
Clinique chirurgicale.....		LE DENTU.
		TERRIER.
		BERGER.
Clinique ophtalmologique.....		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchements.....	}	BUDIN.
Clinique gynécologique.....		PINARD.
Clinique chirurgicale infantile.....		POZZI.
		KIRMISSON.
Agrégés en exercice.		
MM.		
ACHARD	FAURE	LEGUEU
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE
BESANÇON	TOURETTE	MARION
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE
BROCA (Aug.).	GOUGET	MERY
BROCA (ANDRÉ)	GUIART	POTOCKI
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY
CUNEO	JEANSELME	RENON
DEMELIN	LANGLOIS	RICHAUD
DESGREZ	LAUNOIS	RIEFFEL (chef
DUPRE	LEGRY	des travaux anat.)
		TEISSIER
		THIERY
		THIROLOIX
		THOINOT
		VAQUEZ
		WALLICH
		WALTHER
		WIDAL
		WURTZ

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE
A MON ONCLE ET A MA TANTE

LOUIS LE MERCIER

A MES FRÈRES

A MES PARENTS, A MES AMIS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DE L'HOTEL-DIEU D'ANGERS

A MES PROFESSEURS
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A LA MÉMOIRE
DU PROFESSEUR TARNIER

Respectueux hommage.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BUDIN

Membre de l'Académie de Médecine.

Officier de la Légion d'honneur.

Que je prie d'agréer ici l'expression de ma profonde gratitude pour l'honneur qu'il m'a fait en acceptant la présidence de ma thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOQUEL

Professeur de clinique obstétricale à l'Hôtel-Dieu d'Angers.

Mon cher Maître,

En voulant bien me confier les observations qui vous ont déjà permis de défendre la Césarienne d'urgence, c'est-à-dire la césarienne entreprise dans des conditions considérées comme des contre-indications par la majorité des accoucheurs, vous m'avez donné la tâche de faire valoir, en faveur de cette intervention, des faits qui, pour ma part, m'ont pleinement convaincu, si peu nombreux soient-ils encore. A cette tâche, je m'emploierai de mon mieux. Dire que l'embryotomie sur l'enfant vivant a vécu, c'est très bien ; mais il faut dire encore par quoi la remplacer, et c'est ce que je me propose de faire ici.

Certes, le sujet est hardi et je me heurterai souvent sur ma route à d'indiscutables autorités. La plupart de nos maîtres condamnent l'opération césarienne faite en plein travail, après de précédentes tentatives d'extraction par les voies naturelles. Leurs raisons sont excellentes, et leurs

arguments, longtemps médités, s'appuient sur des faits nombreux. Ceux que j'apporte à la discussion le sont beaucoup moins, mais leur valeur est telle qu'elle permet de poser, à nouveau, sinon de la résoudre, la question de la césarienne d'urgence.

En tentant l'opération césarienne, alors que nul autre moyen d'avoir un enfant vivant ne s'offrait à vous, vous avez peut-être fait une tentative audacieuse. Mais on ne peut s'empêcher de reconnaître que cette tentative était logique et raisonnable. Et, puisque le succès que vous espériez a répondu à votre attente, il semble qu'il ne puisse être douteux maintenant, qu'on accepte ou non vos idées, que cette tentative, qui était légitime en principe, est devenue une ressource nouvelle sur laquelle on a maintenant le droit de compter. Vous n'aviez d'autre but que de faire mieux, et l'on ne peut méconnaître que vous avez réussi.

Quelle que soit la valeur des observations que j'apporte ici, elles sont trop peu nombreuses encore pour faire triompher définitivement vos idées. Demain, sans doute, un autre de vos élèves muni de documents nouveaux pourra reprendre ce sujet, et achever une démonstration que je ne puis que commencer. Pour moi, je ne fais qu'indiquer la route ; elle est assez belle pour qu'on soit tenté de s'y engager, assez longue pour qu'on ne puisse de sitôt la parcourir jusqu'au bout,

Mon cher Maître, je veux maintenant vous

remercier de tout ce que vous avez fait pour moi durant le cours de mes études. Le premier, vous m'avez fait entendre les bonnes paroles qui encouragent, et depuis lors vous n'avez jamais cessé de vous intéresser à moi et de me prodiguer vos enseignements et vos conseils. Depuis lors aussi, je n'ai cessé de vous porter une respectueuse et sincère affection qui ne fera désormais que s'accroître. Aujourd'hui, comme hier, je suis et veux rester votre élève tout dévoué et très reconnaissant

FRANÇOIS GUILLET.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153322_0115

L'Opération Césarienne d'Urgence

HISTORIQUE

Avant d'aborder l'étude de la Césarienne telle qu'on la conçoit actuellement, il n'est pas sans intérêt de rappeler ce qu'elle a été dans le passé, et de parcourir rapidement les phases mouvementées de sa longue existence.

Les maîtres qui se sont attachés à la défendre, et qui ont su lui donner un nouvel et légitime éclat, MM. les professeurs Tarnier, Budin et Bar, ont dit sur ce sujet tout ce qu'on en pouvait dire, et l'on ne peut mieux faire que de résumer ici leurs travaux.

. Pratiquée sans doute dès la plus haute antiquité sur le cadavre de la mère, consacrée à Rome par la *Lex Regia de Numa Pompilius*, permise aux prêtres catholiques par divers conciles, l'opération Césarienne sur le vivant fut, dit-on, faite pour la première fois en l'an 1500 par Jacques Nufer, châtreur de porcs de Siegerhensen. La patiente et l'enfant eurent le rare bonheur de sortir de ce mauvais pas.

En 1581, François Rousset publie son *Traité de l'hystéromotokie*, appuyé de sept observations heureuses. La carrière médicale de la césarienne commence ici, et fut d'abord assez heureuse, malgré l'opposition très nette d'Ambroise Paré, partisan convaincu de l'embryotomie et de la version. Sa vogue, d'abord considérable, malgré de trop nombreux insuccès, décrut peu à peu. Au milieu du xvii^e siècle Mauriceau et Peau la firent à peu près abandonner. Simon, Levret, Smellie, au xviii^e siècle, tentèrent vainement de la réhabiliter. Le forceps, la version, l'embryotomie, avaient pris en obstétrique une place prépondérante. Les perfectionnements successifs apportés à l'instrumentation et à la technique rendaient les deux premières interventions relativement inoffensives, et l'embryotomie elle-même, tout en sacrifiant l'enfant, avait du moins l'avantage de ne pas toujours tuer la mère.

Mais, tout en restreignant le plus possible le domaine de la césarienne meurtrière, les accoucheurs de cette époque n'en cherchaient pas moins à concilier les intérêts de la mère et ceux de l'enfant. Des notions plus précises étaient venues au jour sur l'anatomie du bassin et sur les viciations rachitiques de la ceinture pelvienne. Aussi, de 1760 à 1777 voyons-nous opposer à la césarienne deux interventions bien différentes de forme et de succès :

L'accouchement prématuré (Londres 1760), qui

fut condamné par les théologiens et tomba pour un temps dans l'oubli ;

La symphyséotomie, que Sigault pratiqua, pour la première fois, avec succès d'ailleurs, sur la femme Souchot, le 30 septembre 1777.

De ce jour naquit la grande querelle toujours vivante entre césariens et symphysiens. Ligués contre l'embryotomie, les partisans de l'une et de l'autre intervention se livrèrent tout d'abord de violents combats : « Baudeloque, vous dis-je, il est des Dieux ! Le sang de la femme Marville rejaillira sur vous ; vous êtes l'auteur de sa mort, de la mort de la femme Vasseur, de la mort de la femme Bourgeois, de la mort de toutes les femmes tombées depuis l'an II sous le couteau césarien ». (Sacombe, Lucine Française) (1).

Petit à petit, la symphyséotomie passa de mode, cédant la place à la césarienne qui demeurait la suprême ressource dans les cas désespérés. Ressource bien aléatoire, à la vérité, puisque, en 1866, Guéniot signale encore à son passif 66 o/o de mortalité.

Quelques modifications opératoires étaient pourtant venues s'ajouter, dans le cours du XIX^e siècle, à la technique de l'hystérotomie. On tenta, sans grand succès, de suturer les lèvres de la plaie utérine entre elles ou à la paroi. Puis on s'efforça d'arriver à l'utérus sans intéresser le péritoine

(Ritgen, 1820. Baudelocque neveu, 1823). Rien n'y fit. La section césarienne demeura tout aussi meurtrière que par le passé, et force fut bien de la réserver pour des cas d'angustie extrême ou de ne l'employer que sur le désir de la mère. L'embryotomie a donc régné d'une façon à peu près constante sur la très longue période que nous venons de parcourir. Il ne semble pas pourtant que les maîtres de l'accouchement s'y soient résignés de très bonne grâce : leurs efforts pour sauver l'enfant et conserver la mère, leur souci de procédés d'extractions meilleurs, l'enthousiasme que suscita l'apparition de la symphyséotomie prouvent assez le contraire.

Mais il leur manquait, pour que leurs interventions sanglantes aient un meilleur succès, la notion des germes pathogènes. Celle-ci une fois acquise, les progrès furent rapides. Porro, en 1876, pratique pour la première fois, en pleine épidémie d'infection puerpérale, l'opération qui porte son nom, et parvient à sauver l'enfant et la mère. Nous entrons avec lui dans la première phase de la période moderne de la césarienne, la période du Porro. Fochier à Lyon, Tarnier à Paris, font connaître en France ce procédé. Les résultats opératoires ne sont pas encore très brillants. En 1884, Gosson signale encore 56, 57 o/o de mortalité maternelle.

Il faut en arriver à 1882 pour entrer dans la deuxième phase de la période moderne de la césa-

rienne, la période de la césarienne conservatrice, qui est aussi la période du triomphe après tant de luttes. Les progrès de l'asepsie et de la technique opératoire, la délimitation précise des bornes au-delà desquelles la section césarienne devenait dangereuse ont permis d'obtenir des succès de plus en plus nombreux et de réaliser ce que nos aïeux n'auraient pas osé entrevoir. Kehrer de Heidelberg, Saenger de Leipzig, 1882, perfectionnent le mode de suture de la paroi utérine; Léopold, Fritsch, Doderlein, Hergott, Olshausen, Muller apportent, avec de nombreuses observations, d'intéressants détails de technique.

En 1899, à la Société obstétricale de France, MM. Budin, Bar et Fochier mettent au point les indications relatives et absolues de la césarienne dans les cas d'angustie pelvienne.

Désormais, les succès sont nombreux, les échecs rares. La césarienne a définitivement conquis le droit de cité, et son domaine s'étend de jour en jour, pendant que l'embryotomie ne cesse de perdre du terrain. Mais elle est encore assez puissante pour qu'on ait le droit de tenter de réduire ses indications, et l'histoire de la césarienne ne sera vraiment achevée que le jour où, grâce à elle, dans l'immense majorité des cas, l'accoucheur pourra répondre des jours de la mère et de l'existence de l'enfant.

CHAPITRE I

Le Domaine actuel de la Césarienne conservatrice.

La césarienne est donc aujourd'hui chose admise, tout à fait entrée dans la pratique obstétricale. On peut encore discuter de sa supériorité sur telle ou telle autre intervention, mais on ne songe plus à nier ses succès.

La pratique d'une asepsie rigoureuse a rendu l'acte chirurgical à peu près inoffensif, et la notion exacte des rétrécissements pelviens a permis de préciser les indications de la section césarienne. D'autres circonstances encore, la durée du travail, l'état général de la mère, le fait de manœuvres obstétricales antérieures, la probabilité ou même la simple possibilité d'infection entrent encore en ligne pour délimiter la zone d'action de la césarienne.

En étudiant ici ces indications et ces contre-indications, nous verrons par là même ce qui appartient encore à l'embryotomie et ce qu'est la césarienne d'urgence.

Tout ce qui a trait à la césarienne à terme a été clairement mis en lumière par deux des maîtres actuels de l'accouchement, les professeurs Budin et Bar. Nous n'aurons donc qu'à résumer leurs travaux et ceux de quelques chirurgiens étrangers pour donner une idée claire et rapide de la question qui nous occupe.

La césarienne est indiquée dans tous les cas où une sténose de la ceinture pelvienne, du périnée, du col ou des organes génitaux externes oppose un obstacle infranchissable au passage du fœtus ; elle est contre-indiquée seulement par l'état de souffrance de la mère et de l'enfant.

L'indication la plus fréquente résulte bien certainement d'une viciation du bassin osseux, viciation le plus souvent rachitique. Cette indication est relative ou absolue : relative quand d'autres interventions sont possibles ; absolue quand la césarienne seule peut être tentée.

Léopold, de Dresde, a fixé ainsi les indications relatives de la césarienne : avec un conjugué vrai de 7 centimètres dans les bassins plats rachitiques, et de 7 centimètres 5 dans les bassins rachitiques généralement rétrécis, on peut encore tenter la version suivie d'extraction immédiate.

En 1899, au congrès d'Amsterdam, il revient sur ces mêmes indications relatives. Il y précise ses premières données, et traite différemment les femmes, suivant qu'elles sont primipares ou multipares.

Chez les primipares, alors même que le conjugué vrai est supérieur à 7 centimètres et à 7 cm. 5, il a recours à la césarienne toutes les fois que la tête ne s'engage pas ou s'engage mal.

Chez les multipares, il pratique seulement la césarienne quand le conjugué vrai tombe au-dessous de 7 cm. 5. Au-dessus de 7,5, il n'emploie cette intervention que dans les cas où la tête ne s'engage pas, et où la tétanisation de l'utérus rend la version dangereuse.

Pour Veit, il y a indication relative toutes les fois que l'accoucheur, au cours d'un accouchement presque impossible à terminer par le forceps ou la version, se trouve dans des conditions telles qu'il peut répondre de la mère et de l'enfant. Dans ce cas, le chirurgien doit consulter beaucoup plus le milieu dans lequel il va opérer, ses ressources et son habileté que l'état du bassin maternel.

Williams (de Baltimore) étend les indications relatives de la césarienne à terme. « Dans les cas non infectés, dit-il, la limite supérieure pour l'indication relative de la césarienne devrait être portée de 7 ou 7,5 à 8,5 pour les bassins plats, et 9 pour les bassins généralement rétrécis.

Pour M. Bar, avec un diamètre minimum allant de 81 à 90 millimètres, on doit tenter la version. De 71 à 80 millimètres, il convient de préférer les interventions sanglantes.

Si nous consultons enfin le *Traité de l'art des accouchements* de MM. Tarnier et Budin (article

Maygrier), nous y trouvons les enseignements suivants : « Il y a indication relative toutes les fois que le bassin ne permet pas le passage d'un enfant vivant à terme... La césarienne peut donc être admise entre 6 $\frac{1}{2}$ et 7 centimètres de diamètre promonto-pubien **minimum** ».

Quant à l'indication absolue, elle est fournie, pour les même auteurs, par un promonto-pubien minimum égal ou inférieur à 6 centimètres dans un bassin généralement rétréci, à 6 centim. 5 dans un bassin simplement aplati.

Ces chiffres sont admis par la majorité des accoucheurs. Toutefois, le professeur Budin fait remarquer que la basiotripsie est encore possible avec un promonto-pubien minimum de 4 centim. $\frac{1}{2}$, et même de 3 centim. $\frac{1}{2}$. Une telle intervention est forcément difficile à mener à bien ; aussi le maître conclut-il : « L'indication absolue de la césarienne dans les rétrécissements du bassin est réalisée en fait, sinon au sens propre du mot, quand on ne peut recourir à la basiotripsie sans faire courir à la mère des risques plus grands qu'avec la césarienne elle-même ».

Les malformations osseuses du bassin ne sont pas du reste la seule cause qui oblige les accoucheurs à recourir à la césarienne. D'autres circonstances encore interviennent pour la commander, souvent d'une façon absolue.

De ce nombre sont les tumeurs des organes génitaux externes, tout-à-fait exceptionnelles d'ailleurs.

Tschuersky dut se résoudre à une craniotomie dans un cas d'éléphantiasis vulvaire. Le cancer de la vulve, par sa dureté ou son volume, pourrait aussi apporter un obstacle insurmontable à l'accouchement normal ; de même le cancer du vagin, surtout quand il siège à la partie supérieure de ce conduit. L'opération césarienne est alors indiquée.

Elle peut l'être encore dans certains cas d'atrésie congénitale du vagin. Müller signale une césarienne faite dans de semblables circonstances, qui obligèrent aussi Martinetti et Lesi à la même intervention qu'ils firent suivre du Porro. Le professeur Budin dit à ce sujet. *Traité de l'art des accouchements* : « Enfin, si l'accouchement par les voies naturelles paraissait tout-à-fait impossible ou incompatible avec la vie du fœtus, si la mère était exposée à de grands périls, on pourrait tout à fait exceptionnellement recourir à l'opération césarienne ou à l'opération de Porro ».

Quand le col est atteint de sclérose syphilitique et qu'il a acquis, de même que le segment inférieur, une consistance cartilagineuse ; quand un néoplasme malin lui communique une rigidité extrême, la césarienne est encore indiquée.

Elle l'est aussi dans certains cas de corps fibreux de l'utérus plongeant dans le petit bassin et d'où nulle manœuvre ne parvient à les déloger. Tel le cas rapporté par Tarnier en 1887, et où le fibrome occupait la face postérieure de l'utérus, et

débordait largement dans le vagin. Quand ces tumeurs occupent le segment inférieur, sont volumineuses et interstitielles, partant peu mobilisables et peu susceptibles de subir un mouvement d'ascension, elles indiquent formellement la section césarienne.

On en peut dire autant des kystes ovariques plongeants que l'on ne peut ni refouler, ni inciser, ni ponctionner. Rémy rapporte huit observations de ce genre, avec six morts. Debaisieux, Pinard, Staude ont fait mieux depuis.

Il suffit de citer en passant les tumeurs du rectum, de la vessie, les kystes hydatiques du petit bassin, les fibromes et les cancers des parties molles de l'excavation, les ectopies rénales enfin, qui ont pu parfois entraver complètement la marche de l'accouchement. Toutes ces causes agissent suivant le même mécanisme que les fibromes utérins et les kystes de l'ovaire, et peuvent nécessiter la même intervention.

En résumé, toutes les fois que le promontopubien minimum est inférieur à 6 centimètres, toutes les fois qu'une tumeur un peu volumineuse plonge dans le petit bassin, que le col présente une invincible rigidité, la vulve et le vagin une atrésie considérable, la césarienne seule peut être tentée.

Ses indications sont donc assez étendues, et si elles pesaient seules sur l'esprit de l'accoucheur, le nombre des césariennes pratiquées chaque année serait considérable. Mais tout n'est pas dit

quand on a constaté la présence d'un promontoire par trop saillant ou d'une autre cause de dystocie, et le césarien se trouve souvent arrêté dans sa marche par des contre-indications que nous allons maintenant étudier.

Elles sont fournies par l'état de la mère et par l'état de l'enfant. La mère elle-même peut-être :
1° épuisée par un long travail ; 2° infectée.

Tous les auteurs contemporains sont d'accord pour repousser la césarienne quand le travail dure depuis longtemps. M. Bar s'exprime ainsi à ce sujet : « Toutes les statistiques anciennes étaient unanimes à faire ressortir les dangers qui résultent d'une longue durée du travail avant l'intervention..... Les statistiques récentes sont évidemment plus satisfaisantes. Cependant, le danger subsiste, et tous les opérateurs sont d'accord sur ce point : la prolongation du travail constitue encore une condition défectueuse. A vrai dire, la section césarienne n'est une opération de choix que dans les cas où elle est faite avant tout travail, ou quand celui-ci est à peine commencé (Bar. *Leçons de Pathologie obstétricale*, fascicule I). Le même auteur dit encore : « La césarienne ne donnera de nombreux succès que si elle est faite avant le travail, à son début ou près de celui-ci, quand aucun incident ne sera venu diminuer les chances de survie de l'enfant, ou faire craindre que la mère soit sous le coup d'accidents infectieux.

« Or, il ne peut être question de recourir à

l'embryotomie que lorsque la dilatation est complète, c'est-à-dire lorsque le travail dure généralement depuis assez longtemps. Dès lors, les circonstances sont rares dans lesquelles se pose le dilemme : embryotomie ou section césarienne.

« Il faudrait que le travail eût été rapide, que les membranes fussent intactes ou rompues depuis peu de temps, qu'il n'y eût aucun signe de souffrance de l'enfant, d'ailleurs vigoureux, et qu'il semblât trop hasardeux de tenter son extraction par une application de forceps ou par la version.

« En pareille occurrence, il ne pourrait être question de sacrifier l'enfant de parti pris. Une opération sanglante, section césarienne ou symphyséotomie peut, doit être proposée, et volontiers j'opterais pour la première. Mais est-il bien commun de rencontrer des conjonctures aussi favorables ?

« Le plus souvent, quand la question d'embryotomie se pose, le travail dure depuis de longues heures, les membranes sont rompues, et depuis longtemps l'enfant souffre ; parfois, des tentatives d'extraction par le forceps auront singulièrement réduit les chances de la section césarienne. Ce serait assumer une bien grande responsabilité que d'exposer, pour l'existence déjà compromise de l'enfant, la mère à tous les dangers d'une hystérotomie faite dans de telles conditions » (Bar. *Deux questions obstétricales*).

Nous avons tenu à citer tout au long ce pas-

sage où se trouvent si clairement exposées les contre-indications de la césarienne. Nous aurons à revenir dans la suite, pour les combattre, sur chacune des phrases de M. Bar. Et pourtant, tous les accoucheurs partagent son opinion sur ce point (Rapports de Pestalozza, de Léopold et de Pinard au Congrès d'Amsterdam, 1899). Pour eux, comme pour le professeur Budin, l'état de souffrance de l'enfant appelle une embryotomie, sauf dans les cas fort rares où l'extrême atrésie du bassin oppose à cette dernière manœuvre un obstacle absolu.

« Si l'écoulement de méconium, le ralentissement, l'irrégularité et la faiblesse des battements du cœur me font penser que l'enfant souffre, je préfère m'abstenir de la symphyséotomie et à plus forte raison de la césarienne » (Bar, *loc. cit.*). Le même dit encore : « Il convient de considérer tout enfant souffrant comme un enfant mort ».

« Si les signes de souffrance du fœtus sont évidents, on ne peut songer à une symphyséotomie où à une opération césarienne (Pestalozza, Congrès d'Amsterdam, 1899).

Ainsi l'état de souffrance de la mère constitue une contre-indication grave à la césarienne, l'état de souffrance de l'enfant une contre-indication absolue. Si la mère et l'enfant souffrent, l'embryotomie s'impose.

Elle s'impose encore avec plus de force quand la mère est infectée. Dans ce cas, il ne peut pas

même y avoir un doute, à moins que l'état d'atrésie du bassin maternel n'oblige à pratiquer une intervention qui sera beaucoup plus, dans le cas présent une hystérectomie qu'une césarienne.

L'embryotomie sur l'enfant vivant n'est donc pas tout à fait morte. Si les femmes dont on surveille la grossesse n'y sont plus exposées, il n'en reste pas un moins assez grand nombre de cas d'urgence où elle demeure la seule ressource de l'accoucheur.

Peut-être y a-t-il pourtant quelques raisons de croire que la Césarienne n'a pas encore dit son dernier mot, et que les barrières qu'on oppose à sa plus grande expansion sont plus rigides qu'il ne convient. Ce sont ces raisons-là que nous allons rechercher maintenant.

CHAPITRE II

L'Avenir de la Césarienne.

Actuellement, le degré d'angustie pelvienne ne joue donc qu'un rôle accessoire dans les indications de la césarienne. Suivant les préférences de l'opérateur, on peut la pratiquer dans des cas où le rétrécissement est peu considérable, et où la symphyséotomie et l'accouchement provoqué pourraient fort bien donner de bons résultats.

D'une toute autre importance est l'état de la mère et celui de l'enfant. Sur une femme à terme ou en travail depuis peu, non infectée, non fatiguée, et dont l'enfant paraît bien vivant, on a toujours le droit de pratiquer une césarienne de préférence à toute autre intervention, si l'accouchement ne paraît pas devoir se terminer spontanément.

On s'abstiendra si la mère souffre depuis longtemps, a subi des tentatives de forceps ou de version, et se trouve sous la menace d'accidents infec-

tieux. On s'abstiendra encore si l'enfant est manifestement souffrant.

C'est alors que se pose la question d'une autre intervention, et la première qui vient à l'esprit, dans des conditions aussi défavorables, est l'embryotomie. Faire le procès de cette intervention passer en revue les raisons morales et professionnelles qui militent contre elle ou en sa faveur, ne rentre pas dans le cadre de ce travail. D'ailleurs tout a été dit depuis longtemps sur le fœticide, et il suffit de se rapporter à certaines publications du professeur Pinard pour être édifié à ce sujet.

Que l'on accepte dans certains cas l'embryotomie sur l'enfant vivant ou qu'on la condamne de parti pris, tout le monde est d'accord pour la considérer comme une nécessité regrettable que peuvent seules imposer les circonstances les plus défavorables.

De ce nombre sont l'état d'infection et de fatigue de la mère et de l'enfant, les conditions défectueuses du milieu où l'on est appelé à opérer, l'inaptitude du médecin traitant à pratiquer toute autre intervention.

Nous nous réservons de discuter la valeur du premier argument dans les pages qui vont suivre. Quant aux conditions de milieu, il faut vraiment qu'elles soient déplorables pour qu'on ne puisse avec un peu d'habitude et un matériel convenable improviser une opération d'urgence. Les chirurgiens de province, appelés à opérer souvent en

pleine campagne, dans des conditions le plus souvent défavorables, n'en arrivent pas moins à pratiquer avec succès les interventions les plus graves et les plus longues, celles-même qui exigent une asepsie presque parfaite.

Il n'est donc guère admissible qu'on renonce à une césarienne ou à une symphyséotomie sous prétexte qu'on n'a pas de locaux spécialement aménagés à sa disposition. Convient-il d'y renoncer encore parce qu'on manque de connaissances spéciales et d'habileté chirurgicale? Il est bien facile d'appeler à son aide un chirurgien compétant, et souvent possible d'évacuer à temps la malade sur une maternité voisine.

Les partisans de l'embryotomie répondent que cette intervention est inoffensive pour la mère, qu'elle n'entraîne aucun risque de mort immédiat, et que l'utérus demeurant intact, la femme pourra de nouveau être mère grâce à un accouchement prématuré fait dans de bonnes conditions.

Admettons que l'embryotomie soit inoffensive en elle-même. Elle n'en laisse pas moins la femme exposée à tous les dangers de l'infection qui peut suivre. Un Porro, un drainage péritonéal auraient sans doute réussi à arrêter l'infection au début, ou à en atténuer singulièrement les effets. D'après la statistique de la clinique Baudelocque, on trouve une mortalité maternelle de 11,5 o/o après embryotomie. Ce n'est pas là un chiffre négligeable. Il prouve au contraire que l'embryotomie laisse

place à bien des aléas, et que tout n'est pas dit une fois l'enfant extrait.

L'intervention elle-même est loin d'être dépourvue de tout danger immédiat. Pratiquée par des mains expérimentées, elle est sans doute peu dangereuse pour la mère. Mais puisque l'embryotomie est trop souvent la ressource suprême d'accoucheurs de rencontre, elle devient forcément entre leurs mains un danger pour la mère.

Les tribunaux s'occupent parfois de morts survenues dans de semblables conditions, et le nombre des cas malheureux qui demeurent ignorés est sans doute bien plus considérable. Perforations de l'utérus, traumatismes de la vessie et du rectum, ruptures de l'utérus, parfois plusieurs de ces causes réunies contribuent à ce résultat.

Le danger pour la mère est d'autant plus grand qu'un accoucheur, même fort médiocre, se contente volontiers de ses propres lumières pour entreprendre une tâche qu'il juge à sa portée. S'il songe au contraire à la possibilité d'une intervention sanglante, il devra nécessairement recourir à des chirurgiens compétents qui feront courir à la mère moins de danger avec une césarienne que le praticien n'eût fait avec une embryotomie.

Il ne convient donc pas de se retrancher par trop derrière la facilité d'exécution et l'innocuité de l'embryotomie. Si les statistiques d'une grande maternité donnent encore 11,5 o/o de décès, il est permis de supposer que cette proportion doit être

beaucoup plus élevée dans la pratique courante. Le bénéfice que l'on retire d'une semblable intervention est donc médiocre, puisque, après avoir tué l'enfant, on risque encore de voir la mère succomber assez souvent, soit au cours de l'acte opératoire, soit par la suite.

Quand l'état de la mère et de l'enfant contre-indiquent formellement une césarienne, si l'on veut sauver l'enfant, on n'a plus — dit-on — que la ressource de la symphyséotomie. Sans entrer dans le vif du débat qui divise encore césariens et symphysiens, on peut faire à la symphyséotomie au moins une objection sérieuse, et montrer qu'il reste bien des cas où elle ne peut être d'aucune ressource.

La symphyséotomie a le tort grave de nécessiter trois interventions successives. L'opérateur, d'abord uniquement chirurgien, devient ensuite accoucheur pour manier le forceps ou pratiquer la version. Ses mains, souillées au contact de la vulve, du vagin et des liquides utérins viennent forcément au contact de la plaie pubienne et risquent grandement d'infecter cette dernière, pour peu que les organes génitaux de la femme contiennent des germes septiques. Il en résultera très facilement une infection généralisée, à marche spéciale, particulièrement dangereuse. Ce danger d'infection est d'autant plus grand que l'opérateur doit ensuite revenir à la plaie, et assez longuement, pour pratiquer les divers plans de suture.

On aura donc eu à pratiquer une triple intervention, nécessitant des manœuvres longues, délicates toujours, souvent difficiles à mener à bien.

De plus, la symphyséotomie n'est sans danger ni pour la mère, ni pour l'enfant. M. Bar, prenant la moyenne de plusieurs statistiques, donne comme chiffre de la mortalité maternelle 5,45 o/o, et comme chiffre de la mortalité infantile 9,3 o/o.

En supposant, et c'est bien improbable, que la césarienne d'urgence augmente le chiffre de la mortalité maternelle, elle permettra certainement d'abaisser le taux de la mortalité infantile.

Mais la symphyséotomie encourt encore un grave reproche : alors même que le degré de rétrécissement du bassin et l'état de la mère permettraient de la tenter dans de bonnes conditions, elle peut être formellement contre-indiquée par l'état de rigidité du col. Elle peut l'être encore par la tétanisation de l'utérus, dans les cas où la position du fœtus exigerait une version podalique. Quant aux tumeurs plongeant dans le petit bassin, au cloisonnement du vagin, aux atrésies vulvaires, tout cela empêche absolument d'y recourir.

Certaines de ces causes de dystocie sont rares à la vérité, mais il en est aussi d'assez communes pour restreindre, dans des proportions notables, l'emploi de la symphyséotomie. C'est ainsi que sur les cinq femmes dont les observations suivent, la première présentait une rigidité très nette du

col, et deux autres un état de contracture suffisant pour rendre longue et laborieuse toute tentative de dilatation artificielle.

L'accoucheur qui ne peut se résoudre à pratiquer l'embryotomie sur l'enfant vivant serait donc assez souvent désarmé s'il n'avait à compter que sur la symphyséotomie, et s'il ne pouvait recourir à l'opération césarienne.

Lorsqu'on a tenté pour la première fois, à la Maternité d'Angers cette intervention, dans les conditions en apparence les plus mauvaises, on n'a point agi à la légère. Un certain nombre de raisonnements, logiques *à priori*, mais que nul fait matériel n'appuyait encore permettait de croire qu'on avait par trop restreint les limites de la césarienne, et que l'on était en droit de passer outre sans courir fatalement à un échec.

L'état de fatigue de la mère, après un travail prolongé, n'était pas fait pour arrêter beaucoup. De nombreux malades qui arrivent dans nos services de chirurgie, porteurs de hernies étranglées le plus souvent, et quelque peu épuisés par le voyage, n'en guérissent pas moins fort bien. Il est évidemment des cas d'adynamie qui contre-indiquent toute intervention. Mais alors, nul ne songe à intervenir, et l'embryotomie, bien aléatoire d'ailleurs, s'impose. Cette éventualité doit être assez rare en réalité : sur 5 femmes opérées d'urgence, une seulement (obs. V) donnait des signes de grande fatigue. Les quatre autres

étaient en état de supporter une intervention grave. Et pourtant l'une d'elles, après deux jours de travail nous arrivait après un parcours de 20 kilomètres en carriole découverte, ayant au surplus une forte proportion d'albumine dans les urines. Les suites opératoires ont néanmoins été pour elle remarquablement simples (obs. III).

Il semble même que la femme en travail soit plus apte à supporter le shock opératoire que la plupart des malades opérés d'urgence. Sauf le cas d'infection nettement établie, il n'existe chez elle aucune cause d'auto-intoxication ancienne ou récente. L'organisme tout entier est en état de réagir, si besoin en était, contre les complications septiques qui peuvent se produire par la suite. Deux ou trois jours de travail ne suffisent pas à mettre une parturiente hors d'état de supporter le shock opératoire d'une césarienne, surtout si le cœur et les reins fonctionnent normalement. On opère évidemment dans des conditions défavorables, les suites seront peut-être un peu plus laborieuses qu'après une césarienne à terme, mais on a le droit d'espérer une guérison quand même, surtout lorsqu'on est à même d'aller vite et d'éviter une trop grosse perte de sang. A tout prendre, une embryotomie faite sans chloroforme nous paraît plus fatigante pour la mère qu'une césarienne faite sous chloroforme. L'intervention est plus longue, infiniment plus douloureuse, et tout aussi pénible moralement que physiquement pour celle qui la subit.

L'état d'épuisement de la mère ne paraissant pas apporter un obstacle absolu à l'exécution de la césarienne d'urgence, la crainte de l'infection ou l'infection constituée pourraient sembler de nature à l'interdire.

Redouter l'infection, c'est justice ; mais convient-il de compter par trop avec elle quand elle n'est pas encore nettement déclarée ? Deux hypothèses se présentent ici : ou bien la malade est saine, et alors la césarienne ne présente ni plus ni moins de gravité qu'une laparotomie quelconque ;

Ou bien l'infection couve et menace d'éclater dans quelques heures. On se trouve alors en présence de liquides utérins plus ou moins chargés de germes et de toxines, susceptibles dès lors d'infecter le péritoine. L'intervention en devient sans doute plus aléatoire, mais convient-il pour cela d'y renoncer ?

D'abord, l'infection n'est pas certaine : il n'y a eu ni grand frisson, ni ascension thermique ; on doute simplement. Pourquoi l'enfant ne bénéficierait-il pas de ce doute ? L'intervention est un peu risquée, sans doute, mais bien d'autres le sont aussi, qu'on pratique pourtant tous les jours, même hors le cas d'absolue nécessité.

Et puis les risques que l'on fait courir à la mère sont singulièrement réduits par l'emploi d'une technique judicieuse que l'on peut résumer en deux mots :

Isoler l'utérus de la cavité péritonéale durant l'intervention ;

Drainer ensuite cette cavité.

Il semble que ces moyens soient suffisants pour empêcher dans une large mesure le contact des liquides présumés septiques et de la séreuse, et pour arrêter ensuite les progrès de l'infection si celle-ci s'étendait au péritoine. Et ce ne sont plus ici de simples hypothèses. Le chirurgien qui s'attaque à une collection salpingienne court le plus grand risque de voir la poche se rompre entre ses mains, et trop souvent le fait se produit, d'où invasion de pus dans le péritoine. Même en admettant que ce pus ne soit pas très septique, il n'en résulte pas moins un gros danger de péritonite ; la péritonite pourtant ne se produit presque jamais, parce qu'on a accumulé compresses sur compresses, établissant ainsi une barrière que les liquides dangereux n'ont pas le temps de franchir.

Cette très simple précaution est facile à réaliser au cours d'une césarienne, facile à pratiquer aussi le drainage préventif, et il n'y avait pas de raison de croire leur action moins efficace dans un cas que dans l'autre. On risquait sans doute de propager au péritoine une infection qui se serait bornée peut-être à frapper l'utérus et les annexes, mais on instituait du même coup le traitement rationnel de cette infection ; le drainage péritonéal. Si l'on exposait la femme à un danger plus grand, on paraît du même coup à ce danger, et

l'on pouvait logiquement espérer la guérison, surtout si l'infection n'était que légère.

De cette hypothèse que l'accoucheur était maître de protéger le péritoine contre les agents septiques naquit l'idée de la césarienne d'urgence conservatrice. Si l'on était à même d'arrêter l'infection ou d'en modérer les effets, il semblait possible de conserver l'utérus. On conservait ainsi à la femme la possibilité de nouvelles grossesses qui, mieux surveillées, aboutiraient soit à un accouchement provoqué, soit à une nouvelle césarienne pratiquée dans de meilleures conditions.

Si la mère était nettement infectée, cette conduite évidemment ne saurait plus être tenue. L'amputation de Porro deviendrait alors nécessaire, et le drainage péritonéal constituerait le meilleur traitement de l'infection.

Une dernière objection pouvait arrêter la main de l'accoucheur : Tout enfant qui souffre est un enfant mort. On n'y pouvait pas répondre *a priori*. On pouvait seulement se dire que, toute hypothèse d'embryotomie écartée, la césarienne ferait moins souffrir le fœtus que la symphyséotomie, et permettrait de l'extraire dans de meilleures conditions. L'expérience seule pouvait trancher la question de survie, mais on pouvait bien se dire qu'il est difficile d'affirmer à l'avance qu'un enfant vivra ou ne vivra pas.

Ce n'étaient là que des hypothèses, mais logiques, selon toute apparence. Elles ont conduit à

pratiquer une première césarienne d'urgence qui n'a pas été concluante, puisque la malade est morte accidentellement au bout de quelques jours. On avait eu le temps de voir, pourtant, que l'intervention était possible, et pouvait aboutir à un succès.

D'autres sont venues, par la suite, confirmer cette opinion. Des femmes évidemment fatiguées et chez qui l'on était en droit de craindre l'infection ont subi avec plein succès la césarienne d'urgence ; des enfants qui souffraient ont été sauvés et vivent encore aujourd'hui. Ce qui a été fait n'est pas suffisant, sans doute, pour affirmer l'innocuité de la césarienne d'urgence, et de nombreuses observations sont encore nécessaires pour qu'elle puisse prendre rang parmi les interventions que tout le monde admet.

Les faits de demain viendront peut-être ébranler ou détruire notre confiance d'aujourd'hui. Il semble bien pourtant qu'on ne soit pas seulement ici en présence d'une série heureuse, un peu longue d'ailleurs, puisque voici déjà quatre ans qu'elle dure. Les résultats acquis ne sont pas le fait du hasard : ils étaient escomptés d'avance, autant que l'on peut escompter les faits dans le domaine chirurgical, et ce qui a été tenté ne l'a pas été à la légère.

Si l'on peut faire admettre un jour la notion de la césarienne d'urgence l'embryotomie sur l'enfant vivant aura presque définitivement vécu, et peut-

être aussi en retirera-t-on ce bénéfice qu'il y aura moins de césariennes à faire que par le passé.

Aujourd'hui l'accoucheur est forcé d'agir dès le début du travail, où même avant ce début. Si l'on admet qu'il n'y a pas de gros inconvénients à laisser pour quelques heures le travail suivre son cours, on aura parfois l'heureuse surprise de voir l'accouchement se faire de lui-même. Nous pourrions citer ici quelques faits de ce genre qui sont tout à faits concluants.

En résumé, nous croyons la césarienne d'urgence logique, possible, appelée à sauver bien des enfants sans compromettre par trop la vie de la mère. Sans doute, les opérations à terme lui seront toujours préférables ; mais en attendant le jour où l'évolution de toute grossesse sera surveillée avec soin, où les maternités seront assez répandues pour que les plus pauvres et les plus honteuses puissent se faire examiner et se faire hospitaliser quand il en est temps, elle demeure dans bien des cas la seule ressource, quand on ne veut pas en venir à l'embryotomie. Elle tend ainsi à reprendre ses anciennes limites, et l'on ne peut que lui souhaiter un succès toujours plus grand, puisque son seul but est de donner la vie.

CHAPITRE III

Technique de la Césarienne d'urgence.

Que l'on ait à faire une césarienne à terme ou une césarienne d'urgence, la façon d'opérer diffère peu. On usera seulement dans le second cas de plus de précautions s'il est possible, et l'on veillera avec le plus grand soin à ce que le liquide amniotique et le méconium ne viennent pas au contact du péritoine.

Quand on veut pratiquer une césarienne, deux procédés sont en présence. On peut placer la malade sur le plan incliné, faire une large incision de la paroi, énucléer l'utérus, l'isoler par des compresses et achever l'intervention à l'air libre. Cette façon d'agir est peut-être plus élégante et plus rapide, mais elle entraîne à coup sûr des sections trop étendues des parois abdominale et utérine et nécessite des manipulations du globe utérin qui ne sont peut-être pas tout à fait sans inconvénients.

Le Dr Boquel s'en tient aux règles classiques de la césarienne. Il est bon néanmoins d'exposer brièvement ici sa façon d'agir, pour n'avoir pas à revenir sur certains détails de technique au cours des observations qui vont suivre.

La malade, placée sous le chloroforme, est rasée, puis on nettoie la paroi au savon, alcool et sublimé.

Ceci fait, la malade restant toujours dans le plan horizontal, on isole le champ opératoire à l'aide de larges compresses.

Incision sur la ligne médiane, commençant à 5 ou 6 centimètres au-dessus de l'ombilic pour s'arrêter au-dessous à la même distance, et laissant à sa droite la cicatrice ombilicale. Incision du très mince plan aponévrotique constituant la ligne blanche. Deux pinces de Kocher saisissent et soulèvent le péritoine que l'on incise aux ciseaux sur l'index gauche conducteur.

Le globe utérin, mis à nu, est ramené dans le plan antéro-postérieur. De grandes compresses de toile et de tarlatane l'isolent autant que possible du reste de la cavité péritonéale, et refoulent les anses d'intestin grêle trop sujettes à se montrer à l'angle supérieur de la plaie.

Une injection de 1 centimètre cube d'ergotine est faite avant l'incision de l'utérus. Dans l'angle inférieur de la future incision utérine, le doigt et le bistouri pratiquent une boutonnière permettant de mettre au jour le contenu de la cavité utérine. Une

fois les membranes ou le placenta découverts, les ciseaux font le reste en agissant dans le tracé de l'incision précédemment faite.

Si à ce moment la paroi utérine saigne par trop abondamment, on fait une nouvelle injection de 1 centimètre cube d'ergotine.

Le placenta peut alors se présenter tout d'abord aux yeux de l'opérateur. On pratique dans sa masse une nouvelle incision, et l'on fait encore un centimètre cube d'ergotine s'il donne par trop.

Le fœtus ainsi mis à nu est saisi par les pieds, rapidement extrait. Sur la tête restée dernière, on fait une ébauche de la manœuvre de Mauriceau. Les choses vont ainsi très vite, sans à-coup ni perte de temps, le diagnostic de la position permettant d'aller tout de suite à la recherche des pieds.

L'enfant une fois extrait est confié à des aides, après section du cordon entre deux pinces. Il ne reste plus alors qu'à procéder à l'extraction du placenta et des membranes.

Ceci fait, pendant que l'aide saisit à deux mains les tranches de la plaie utérine, l'opérateur renouvelle les compresses protectrices placées autour de l'utérus, tamponne la cavité de cet organe à l'aide d'une longue mèche de tarlatane, dont un des chefs vient affleurer l'orifice du col, et se prépare à suturer la paroi utérine.

Cette suture est toujours faite avec le plus grand soin, en deux plans, l'un profond, l'autre superficiel.

Le plan profond, au catgut fort, intéresse la séreuse et la presque totalité de la musculuse, à l'exclusion de la muqueuse, et comporte de 6 à 8 points.

Le plan superficiel, au catgut fin, surtout séreux achève l'affrontement, et nécessite d'ordinaire 7 ou 8 points séparés, intermédiaires aux points profonds.

Les compresses d'isolement étant enlevées, on procède à une toilette sérieuse du péritoine à l'aide de compresses stérilisées. On vérifie une dernière fois l'état de l'utérus et de la suture utérine. Au besoin, nouvelle injection d'ergotine.

La paroi est ensuite suturée en trois plans, après mise en plan d'un drain dans le cul-de-sac vésico-utérin.

1° Surjet péritonéal au catgut fin.

2° Réunion du plan musculo-aponévrotique à l'aide de points en U au catgut fort.

3° Suture de la peau au crin de Florence. Pansement à plat.

La malade, amenée au bord de la table d'opération et placée dans la position obstétricale reçoit une injection vaginale abondante et chaude. Puis on attire dans le vagin le chef inférieur de la mèche intra-utérine. Pansement vulvaire.

Le manuel opératoire de la césarienne d'urgence ne diffère donc en rien de celui de la césarienne à terme. On ne saurait même dire que cette intervention nécessite un plus grand luxe d'asep-

sie que toute autre laparotomie, puisque les chirurgiens d'aujourd'hui ont coutume d'user toujours des plus grandes précautions, alors même que le champ opératoire doit rester constamment aseptique.

Il faut bien faire remarquer toutefois que l'acte opératoire comporte ici deux phases bien distinctes : une phase d'extraction et de délivrance, allant jusqu'au tamponnement intra-utérin inclusivement, phase pendant laquelle la main de l'opérateur se trouve au contact de liquides douteux sinon septiques ;

Une phase de réparation, où l'on va prendre contact avec le péritoine.

Il va sans dire qu'entre ces deux temps l'opérateur aura réalisé une asepsie de ses mains d'autant plus complète que le sujet se trouve en état d'infection plus probable. Cette précaution, jointe au renouvellement des linges souillés de liquide amniotique et de méconium, est certainement suffisante, dans les cas où l'infection n'est pas certaine, pour éviter à la mère les dangers d'une réaction péritonéale intense.

Rien n'empêche d'ailleurs l'opérateur de placer un drain suffisant dans l'angle inférieur de la plaie, s'il conserve quelque doute sur l'état d'infection de la mère. Ce drain sera enlevé au bout de 48 heures. Dans les cas de césarienne d'urgence, ce doit même être là une règle absolue. Dans deux

cas pourtant (Obs. II et III) le D^r Boquel a négligé cette précaution. Les suites opératoires n'en ont pas moins été remarquablement simples, malgré la présence d'albumine dans les urines.

L'opération de Porro n'ayant été pratiquée dans aucun des cas qui vont suivre, nous ne nous en occuperons pas ici. Aucune des femmes opérées par le D^r Boquel ne présentant de signes nets d'infection, il s'en est tenu à la césarienne conservatrice. En cas d'infection démontrée, mais en ce cas seulement, il aurait recours au Porro.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite).

L. G. M..., 34 ans. Primipare.

La malade entre à la Maternité le 15 octobre 1900, à 11 heures du matin. Elle a marché à 16 mois et a été réglée à 16 ans. Règles toujours régulières. Elle n'a pas d'antécédents pathologiques.

Ses dernières règles ont duré du 9 au 15 janvier 1900. Ni albumine, ni sucre dans l'urine.

Cette femme est en travail depuis le 13 octobre au matin. Dans la soirée du même jour, elle a commencé à perdre les eaux. Le 14, au matin, une sage-femme rompt les membranes. La tête ne s'engageant pas, la malade est envoyée d'urgence à la Maternité où elle arrive le 15 au matin.

On constate alors :

Présentation du sommet non engagée ;

Col contracturé, avec une dilatation comme 5 francs.

Promonto sous-pubien de 8 centimètres 3, bas situé.

Bruits du cœur fœtal bons.

A 2 heures du soir, même jour, la situation n'a pas changé. On décide de pratiquer une césarienne :

1° Parce que l'enfant est vivant ;

2° Parce que le col n'est pas dilaté ;

3^e Parce qu'un forceps est trop aléatoire.

Intervention le 15 octobre à 7 heures 40 du soir.

Manuel opératoire habituel. L'enfant naît un peu étonné, et ne se ranime qu'après dix minutes de soins. Le délivre et le liquide amniotique sentent fort mauvais. L'état d'inertie de l'utérus oblige à faire quatre injections d'ergotine à 1 cmc. au cours de l'intervention. Sérum 500.

Suites opératoires. — Absolument normales au début. Mais la malade, victime de brûlures accidentelles, succombe quinze jours après l'opération.

L'enfant, nourri au biberon, pesait 2 kil. 720 à sa naissance, et 2 kil. 840 au quinzième jour. Il est sorti de la Maternité le 30 octobre, en bon état. On l'a perdu de vue depuis.

Bien que cette observation ne soit pas concluante par elle-même, elle devait pourtant trouver place ici, car l'évolution régulière vers la guérison durant les premiers jours a permis de croire que la césarienne d'urgence ne constituait pas une intervention trop risquée, et a permis de tenter logiquement les opérations qui font le sujet des observations suivantes.

OBSERVATION II

(Bulletins de la Société d'obstétrique de Paris).

Rose G..., 21 ans. Primipare.

La malade est amenée à la Maternité d'Angers le 16 juin 1901, à 11 heures et demie du soir, en travail, le travail durant depuis le vendredi matin 14 juin, nous dit-on.

Rien dans ses antécédents héréditaires d'intéressant à signaler au point de vue qui nous occupe.

Réglée à 16 ans, l'établissement des règles ayant été quelque peu difficile, elle n'a eu pendant les premières années que des règles très peu régulières. Elle n'a jamais eu d'autre maladie que des bronchites vers l'âge de 12 et 13 ans. De taille moyenne, elle ne sait pas à quelle époque elle a commencé à marcher ; elle ne présente aucune déformation apparente du squelette.

Les dernières règles sont apparues du 4 au 8 septembre 1900, les mouvements actifs à la fin de décembre. Elle est donc à terme. Sa grossesse a évolué sans complications ; ni albumine ni sucre dans les urines à l'entrée.

La malade a commencé à souffrir le vendredi 14 au matin. D'abord très légères, très fugaces, les coliques n'ont augmenté véritablement d'intensité et de fréquence que vers 7 heures du soir. La sage-femme appelée arrive vers 8 heures, constate que la malade est franchement en travail, et annonce que la dilatation est grande comme un franc. La nuit fut assez calme ; très peu de douleurs. La dilatation, au dire de la sage-femme, augmente peu à peu et, dans la journée du samedi 15, celle-ci trouve bon de rompre la poche des eaux, disant que cela allait finir vite.

Vers huit heures et demie du soir, inquiète cependant de voir se prolonger le travail sans modifications, la sage-femme fait venir un médecin qui fait une tentative d'application de forceps « au détroit supérieur » sans résultat. Il adresse la malade à l'hôpital où elle arrive vers onze heures et demie.

A son entrée, on constate qu'il s'agit d'une présentation de l'extrémité céphalique, tête non engagée, mal fléchie, assez mobile au-dessus du détroit supérieur; la dilatation du col est à peu près égale au diamètre d'une pièce de 5 fr. Les bruits du cœur s'entendent très nettement, l'état général de la femme paraît bon. On fait porter la malade à la salle de travail et on fait sa toilette le mieux possible.

Tout d'abord, les coliques sont assez rapprochées, puis elles deviennent plus lentes, plus irrégulières. La dilatation grandit lentement pour paraître à 8 heures du matin, le 16, presque complète.

On constate :

1° Qu'il s'agit d'un bassin rétréci à type rachitique, rétréci seulement dans le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, la distance promonto-sous-pubienne est évaluée à 9 centimètres, sans que cette dimension puisse être exactement estimée, en raison de la saillie que forme une bosse séro-sanguine volumineuse. Le bassin paraît symétrique, le diamètre mi-sacro-pubien est de dimension convenable.

2° Il s'agit d'une présentation du sommet, occiput tourné vers le côté gauche, tête inclinée sur le pariétal antérieur, bosse séro-sanguine volumineuse faisant saillie dans l'excavation. La tête est fixée par les contractions et difficilement refoulable. Le col n'a pas complètement disparu; sa lèvre antérieure œdématiée persiste et forme bourrelet. Les parois vaginales ont été traumatisées et l'urine ramenée par la sonde est un peu sanguinolente.

3° L'enfant est parfaitement vivant.

Une intervention chirurgicale s'impose : à cause de l'état du col, du traumatisme des voies génitales, le Dr Boquel préfère la césarienne à la symphyséotomie, malgré que la durée du travail, l'application de forceps préalable-ment faite, l'absence de liquide amniotique ne constituent pas des conditions très favorables à cette intervention au point de vue maternel. On réserve la question du Porro pour le cas de nécessité absolue.

La césarienne est faite séance tenante.

Intervention. — Pas d'incidents.

On ne place pas de drain abdominal.

Suites opératoires, 16 juin. — Réveil calme, Pas de vomissements.

T. à 3 heures du soir, 37°6 ; à 6 heures du soir, 38.

Pouls : 120, 140.

Respiration 50.

Sérum 1000 grammes.

17 juin. — La malade urine seule. On essaie inutilement de retirer la mèche intra-utérine qui a été au moment de l'intervention mal engagée dans le col. Le col s'est refermé et la retient. Injection intra-utérine. Ni selle ni gaz. Sérum 400 grammes.

T. matin, 37°2 ; soir, 37°3.

Pouls : 120, 120.

18 juin. — Toujours impossible d'extraire le tampon. Injection intra-utérine, irrigations vaginales.

Lavement suivi d'une selle.

T. matin, 38°6 ; soir, 37°3.

Pouls : 120, 140.

19 juin. — Rien à signaler.

T. matin, 36°7 ; soir, 38°2.

Pouls : 120, 108.

20 juin. — Etat général bon. Toutefois l'écoulement vaginal est un peu plus abondant et présente quelque odeur. On est obligé de sonder la malade qui n'urine pas seule.

A 4 heures du soir, la malade étant mise en position gynécologique et l'utérus abaissé, on parvient à retirer la mèche qu'il contenait. La malade éprouve à ce moment une légère syncope. Injection intra-utérine, irrigation vaginale.

T. matin, 37°1 ; soir, 38°6.

Pouls à 108.

21 juin. — T. 37°6 ; 37°5. Pouls à 105.

22 juin. — T. 37°2 ; 38°1. Pouls à 100 et 108.

23 juin. — T. 37 ; 37°5. Pouls à 100.

L'état général est excellent.

24 juin. — T. 37°1 ; 37°3. Pouls à 90.

Jours suivants, pas de température. La malade va de mieux en mieux.

2 juillet. — Elle se lève pour la première fois.

4 juillet. — Elle marche un peu

10 juillet. — Elle sort guérie.

L'enfant, du sexe masculin, pèse à sa naissance 2 k. 030, et son état général est satisfaisant.

Ses diamètres céphaliques, que la présence d'une bosse séro-sanguine très volumineuse n'a pas permis d'apprécier très exactement, sont les suivants :

O.M.	13	S.O.F.	11	S.M.B.	10 1/2
O.F.	12	B.I.P.	9		
S.O.B.	10	B.I.T.	9		

Les pesées ont été faites régulièrement du premier au trente-sixième jour. Elles ont donné:

Premier jour. — 3 kil. 030.

Cinquième jour. — 2 kil. 970.

Dizième jour. — 3 kil. 270.

Quinzième jour. — 3 kil. 500.

Vingtième jour. — 3 kil. 580.

Vingt-cinquième jour. — 3 kil. 905.

Trentième jour. — 4 kil. 200.

Trente-sixième jour. — 4 kil. 680.

L'enfant, nourri au biberon, a quitté la Maternité le 21 juillet, en bon état. Il est encore vivant et bien portant.

OBSERVATION III (Inédite et personnelle).

O. V..., 28 ans. Primipare.

La malade entre à la Maternité le 9 septembre 1902, à 7 heures du matin.

Régée à 15 ans. Pas d'antécédents pathologiques.

Les dernières règles ont duré du 20 au 25 novembre 1901, et les mouvements actifs ont fait leur apparition en mars 1902.

Durant les derniers mois de sa grossesse, la malade a présenté des quantités variables d'albumine. Elle en présente encore à son entrée dans le service. La quantité d'urine dont on dispose, à peine quelques gouttes, est insuffisante pour un dosage. De plus, œdèmes et varices volumineuses.

La malade est en travail depuis trois jours, et la poche

des eaux est rompue depuis deux jours. Depuis le début du travail, la tête, arrêtée au détroit supérieur, n'a fait aucun mouvement de descente. Le 7 septembre, on a fait inutilement deux applications de forceps après dilatation forcée manuelle.

A l'entrée dans le service, où elle arrive après un parcours de 20 kilomètres en voiture, on trouve un col rigide, effacé, dilaté comme une petite paume de main. La tête, inclinée sur son pariétal postérieur, n'est pas engagée, mais descend assez bas dans l'excavation pour empêcher d'atteindre le promontoire.

Les bruits du cœur fœtal, qu'on entend à gauche de la ligne médiane, un peu en dessous de l'ombilic, sont faibles, mais réguliers.

L'état général de la malade est assez bon. A 10 heures du matin, on décide de pratiquer une césarienne, parce que l'accouchement ne paraît pas devoir se terminer par les seules forces de la mère. La contraction incessante du corps paraît contre-indiquer toute nouvelle tentative d'extraction obstétricale. L'état de contracture du col, la présence de sang dans les urines que l'on retire un peu avant l'intervention, défendent de songer à une symphyséotomie.

Intervention. — Ecoulement d'un litre de liquide ascitique à l'ouverture de la cavité péritonéale. Trois injections d'ergotine. Pas de drainage du péritoine. Sérum 500 grammes. L'enfant crie dès son extraction.

Suites opératoires. — 9 septembre au soir. — T. 38°9. Pouls 120.

10 septembre. — Etat général bon. La malade urine seule. T. 37°2, 37°5. Pouls à 100,

11 septembre. — La malade fait des gaz. Dans l'après-midi, on met deux fois l'enfant au sein.

Il y a toujours une quantité notable d'albumine dans les urines, mais le dosage n'en a pas été fait.

T. 36°8, 37°6. Pouls à 100.

12 septembre. — On enlève la mèche intra-utérine. Lavement et selle. L'urine contient 1 gramme d'albumine par litre. La malade prend du lait, des potages, un peu de pain. La montée laiteuse se fait.

T. 36°8, 37°7. Pouls à 120.

13 septembre. — Etat général excellent. 1 gramme d'albumine par litre.

T. 36°5, 37°5. Pouls à 118.

14 septembre. — La montée laiteuse est faite. Albumine, 1 gr. 50 par litre. Etat général bon. Le pouls est seulement un peu irrégulier.

T. 36°6, 37°4. Pouls à 120.

15 septembre. — Albumine 3 grammes par litre. Le pouls ne va plus avec la température.

T. 36°6, 37°5. Pouls à 136.

16 septembre. — Albumine 1 gr. 60.

T. 36°4, 37°2. Pouls à 120.

17 septembre. — Albumine, 3 grammes. Régime lacté absolu. On enlève les fils. Plaie guérie, ventre souple.

T. 36°3, 36°8. Pouls à 120.

Jusqu'au 21, la température oscille entre 36°3 et 37, et l'albumine tombe peu à peu à 1 gramme.

Le 26 septembre. — Il n'y a plus que 0 gr. 50 d'albumine.

mine. La température oscille toujours entre 36° et 37° et le pouls tombe à 100. On permet à la malade de manger un peu de pain.

Le 28 septembre. — La malade sort guérie.

On la revoit quatre mois après l'accouchement. Elle se porte à merveille ainsi que son enfant. Il s'est seulement déclaré un petit abcès à l'angle inférieur de la plaie abdominale. La cavité de l'abcès contenait un fil de catgut non résorbé (Le catgut employé n'avait pas été comme d'habitude le catgut préparé dans le service à l'alcool absolu).

Le Dr Boquel touche la malade, et constate que le promontoire est seulement accessible au doigt explorateur.

L'enfant, du sexe masculin, pesait à sa naissance 3 kilos 550, était en bon état. Il a été nourri au sein par sa mère.

Les mensurations céphaliques ont donné.

O.M.	13	S.O.F.	12	S.M.B.	9 1/2
O.F.	12	B.I.P.	9		
S.O.B.	9 1/2	B.I.T.	7 3/4		

Il a présenté, durant vingt jours, les variations de poids suivantes :

Premier jour, 3 k. 550.

Deuxième jour, 3 k. 240.

Troisième jour, 3 k. 365.

Quatrième jour, 3 k. 350.

Cinquième jour, 3 k. 310.

Sixième jour, 3 k. 298.

Septième jour, 3 k. 230.

Huitième jour, 3 k. 230.

Neuvième jour, 3 k. 280.

Dizième jour, 3 k. 290.

Onzième jour, 3 k. 240.

Douzième jour, 3 k. 250.

Treizième jour, 3 k. 280.

Quatorzième jour, 3 k. 350.

Quinzième jour, 3 k. 380.

Seizième jour, 3 k. 400.

Dix-septième jour, 3 k. 390.

Dix-huitième jour, 3 k. 425.

Dix-neuvième jour, 3 k. 470.

Vingtième jour, 3 k. 500.

Il est sorti de la Maternité le 28 septembre 1902, en bon état. Il est toujours bien portant.

OBSERVATION IV (Inédite et personnelle).

Aline L..., sextipare, 36 ans, entre à la Maternité le 10 octobre 1902 à 6 h. 1/2 du soir.

La malade n'a marché qu'à 4 ans, et a toujours bien marché depuis cette époque. Elle a été réglée à 13 ans, et a toujours eu des règles normales ; à 18 ans, elle a été atteinte d'une fièvre typhoïde suivie de phlébite.

Première grossesse à 18 ans, forceps, enfant mort à un mois. Les quatre accouchements suivants sont normaux, mais les enfants meurent tous à l'âge d'un mois ou d'un mois et demi.

La date des dernières règles est incertaine. Les mouvements actifs ont fait leur apparition à la fin de mai. La grossesse a évolué normalement, et la malade ne présente ni sucre ni albumine dans ses urines.

La malade souffre depuis le 10 octobre au matin, et la poche des eaux est rompue depuis 4 h. 1/2 du soir. Elle arrive en travail à 6 h. 1, 2. La dilatation du col présente le volume d'une pièce de 5 francs. La tête se trouve au détroit supérieur, amorcée seulement, fort peu mobile. On trouve, très en arrière, à peu de distance du promontoire, une suture dirigée dans le sens transversal. Le doigt qui la suit dans toute sa longueur accessible ne rencontre aucune fontanelle. Néanmoins, comme on ne trouve aucune saillie céphalique au-dessus du pubis, on peut croire que l'on a affaire à la suture sagittale, et que la tête tend à engager son pariétal antérieur. Le promontoire est facilement accessible, bas situé par rapport à la symphyse, et le promonto-sous-pubien est évalué à 8 centimètres.

La femme souffre peu, les contractions sont rares et peu énergiques.

Comme les accouchements précédents se sont terminés seuls après un travail prolongé, on attend.

A 8 heures du soir, la dilatation est comme une petite paume de main. A 10 heures, elle est presque complète. Les contractions utérines sont faibles et rares, les bruits du cœur fœtal bons.

11 octobre. — A 9 heures du matin, la situation n'a pas changé. L'état de la mère et de l'enfant est toujours satisfaisant. On attend.

A trois heures après midi, comme le travail n'a fait aucun progrès, on décide de tenter la version podalique, espérant qu'on pourra ainsi faire franchir à une tête normale un détroit supérieur assez peu rétréci.

A 4 heures, chloroforme. Le toucher manuel permet d'établir que la tête est réellement inclinée sur son pariétal antérieur. On saisit un pied et on l'amène à la vulve, mais alors un obstacle imprévu s'oppose à la rotation intra-utérine du fœtus : la contracture énergique de l'anneau de Bandl. Dans la crainte de provoquer une rupture utérine, qui apparaît comme imminente, on cesse alors toute manœuvre d'extraction manuelle.

On décide de pratiquer immédiatement la césarienne.

Un forceps au détroit supérieur, par suite de la nouvelle situation de la tête, ne saurait être tenté même après la symphyséotomie, inapplicable dans ces conditions. Et d'ailleurs, toutes ces manipulations, si elles aboutissaient à un résultat, seraient de nature, réserves faites au point de vue de la rupture, à compromettre singulièrement l'existence de l'enfant.

Intervention. — Sans incidents. On place, dans l'angle inférieur de la plaie cutanée, un drain plongeant dans le cul-de-sac péritonéal antérieur, on attire avec soin la mèche intra-utérine dans le vagin.

Suites opératoires. — 12 octobre. — Etat général excellent. Pas de vomissements. La malade urine seule. Léger écoulement de sang par le vagin.

T. : 36°8-37°2. Pouls 92.

13 octobre. — La malade a dormi, et elle émet quelques gaz dans la journée. On enlève le drain abdominal.

T. : 36°9-37°2. Pouls 68.

14 octobre. — Sommeil bon. Lavement et selle. On retire la mèche intra-utérine souillée de sang.

T. : 37°1-37°5. Pouls 75.

15 octobre. — Etat général excellent. Sommeil bon.

T. : 36°8-37°3. Pouls 76.

16 octobre. — Légère élévation de température le soir

T. : 37°7-38°2. Pouls 80.

Durant les jours qui suivent, et jusqu'à sa sortie, la malade ne présente plus aucune élévation thermique, la température se maintenant entre 36°4 et 37°2.

Le 26. — La malade commence à se lever. Elle sort, complètement guérie, le 3 novembre 1902.

L'enfant, du sexe féminin, pesait à sa naissance 3 kilogs 580 grammes. Les diamètres céphaliques étaient :

O.M.	12 cs.	S.O.F.	11	S.M.B.	12
O.F.	11	B.I.P.	8		
S.O.B.	9 1/2	B.I.T.	7		

Le poids a été pris du premier au vingtième jour.

1^{er} jour : 3 kilogs 580. 5^{me} jour : 3 kilogs 370. 10^{me} jour : 3 kilogs 485. 15^{me} jour : 3 kilogs 560 ; 20^{me} jour : 3 kilogs 590.

L'enfant, élevé au sein, est sorti en bon état le 3 novembre 1902. Il est toujours vivant et bien portant.

OBSERVATION V (Inédite).

Due à l'obligeance de mon ami le docteur Barbary.

Françoise G..., secondipare, 28 ans. Entre à la Maternité le 28 mai 1903. C'est une naine rachitique atteinte d'une gibbosité très accentuée (mal de Pott).

Elle a marché à 14 mois et n'a été réglée qu'à 20 ans. Pas de maladie antérieure.

Première grossesse à 26 ans, terminée à 5 mois 1/2 par un avortement, provoqué, pour accidents graves de compression, à la Maternité d'Angers.

Les dernières règles ont duré du 6 au 10 août. Les cinq premiers mois de la grossesse ont été marqués par des vomissements assez fréquents.

La malade est en travail depuis le jeudi soir 27. La sage-femme trouve d'abord que tout va bien. Le 28, la malade souffrant horriblement, on appelle un médecin qui tente vainement une application de forceps, puis envoie d'urgence la malade à la Maternité.

A son arrivée, la malade est très affaiblie, en proie à d'horribles souffrances. Le poulx est petit, le facies angoissé, les plaintes continuelles.

Au toucher, on trouve dilatation complète, poche des eaux rompue (on ne sait depuis combien de temps). La suture sagittale est dans le diamètre oblique gauche, la fontanelle postérieure à gauche et en avant; le tout est masqué en partie par une forte bosse séro-sanguine. La tête n'est pas engagée; il est pourtant impossible de la soulever, car elle est maintenue fortement par les contractions tétaniformes de l'utérus.

Le promontoire est très facilement accessible, et le mيسacro-pubien n'atteint certainement pas 8 centimètres : on peut l'évaluer à 7 cent. au niveau d'un faux promontoire sacré. Les ischions et les branches ischiopubiennes présentent un écartement à peu près normal.

L'utérus est en état de contraction permanente. Les

bruits du cœur fœtal, qu'on entend à gauche et un peu au-dessous de l'ombilic, sont un peu faibles et rapides. On en compte 150 par minute.

Peu à peu, les contractions utérines acquièrent une intensité extraordinaire et deviennent si violentes qu'on craint qu'il ne se produise une rupture utérine.

Le soir à 7 heures, l'état de la mère n'a pas varié. Les bruits du cœur fœtal se confondent avec ceux du cœur maternel. On peut encore affirmer qu'ils existent, mais il est devenu presque impossible de les compter.

A 8 heures, ces bruits sont encore devenus moins appréciables. La mère est à bout de forces.

A 8 heures 1/2, le D^r Boquel seul entend les bruits du cœur fœtal. Il décide alors de pratiquer une césarienne.

Intervention. — Pas d'incidents. Drainage du cul-de-sac péritonéal antérieur. Sérum 500.

L'enfant naît en état de mort apparente et n'est ranimé qu'après 20 minutes de soins énergiques.

Suites opératoires. — Le 30. — Violentes coliques utérines. Le pansement, souillé de sérosité, est refait. La mèche intra-utérine tombe dans le vagin et est enlevée. Irrigation vaginale; lavement et selle.

T. 36°,4, 37°,9. Pouls 132, 143.

31 mai. — Nuit assez calme. Le pouls s'est relevé et l'état général est meilleur. Lavement et selle. On doit renouveler deux fois le pansement abdominal.

T. 37°,1, 37°,1. P. 126, 126.

1^{er} juin. — Nuit relativement bonne. Pansement abdominal. Le drain donne un peu de liquide louche. Le soir, nouveau pansement. On diminue la longueur du drain.

T. 36°,9, 37°,8. P. 148, 149.

2 juin. — Nuit mauvaise. Pansement matin et soir. Dyspnée. sans traces de congestion.

T. 38°,2, 37°,5. P. 158, 144.

3 juin. — Nuit meilleure. On remplace le drain par un autre drain plus petit. Irrigation à l'eau oxygénée.

T. 36°,8, 38°,5. P. 120, 140.

4 juin. — Un pansement.

T. 37°,3, 37°,9. P. 140, 150.

5 juin. — Nuit médiocre. Diarrhée. Un pansement.

T. 36°,8, 36°,9. P. 150, 160.

6 juin. — Nuit mauvaise. Pansement. On enlève les fils et on change le drain ; irrigation à l'eau oxygénée.

T. 37°,4, 38°,5. P. 135, 144.

7 juin. — Nuit bonne. Pansement.

T. 36°,6, 37°,2. P. 132, 135.

8 juin. — Nuit bonne. Pansement. On supprime le drain abdominal, et on le remplace par une petite mèche.

T. 36°,4, 36°,6. P. 123, 134.

A partir de ce jour, la température du soir n'a jamais dépassé 36°,8. Les forces reviennent rapidement. L'appétit et le sommeil sont bons, et la cicatrice du drain se comble.

La malade sort tout à fait guérie le 18 juin.

L'enfant, du sexe masculin, pesait à sa naissance 2 kil 660.

Son poids a été successivement :

Premier jour. — 2 kil. 660.

Cinquième jour. — 2 kil. 540.

Dixième jour. — 2 kil. 620.

Quinzième jour. — 2 kil. 775.

Vingtième jour. — 2 kil. 910.

Il a dû être gavé jusqu'au sixième jour, après quoi on lui a donné le biberon.

Il est sorti, bien portant, le 18 juin 1903. Aujourd'hui, il est toujours vivant et jouit d'une excellente santé.

LES RÉSULTATS

Ainsi, sur cinq interventions, on a eu quatre succès indiscutables : mère et enfant vivants. Et si dans le premier cas (obs. I) la mère a succombé, il ne faut pas reprocher cette mort à la césarienne. Sans une circonstance malheureuse et tout à fait imprévue, il est à peu près certain que tout se fût passé normalement. D'ailleurs, l'enfant a survécu.

En ce qui concerne les autres césariennes, il convient de remarquer que trois d'entre elles ont été faites dans les conditions les plus défavorables : Travail de 50 heures, rupture provoquée de la poche des eaux, tentative de forceps (obs. II). Travail de plus de 60 heures, plusieurs tentatives de forceps, voyage en voiture découverte de plus de 20 kilomètres, 1 gramme au moins d'albumine par litre d'urine (obs. III).

Travail de 30 heures, application de forceps, mère à bout de forces, enfant sur le point de succomber (obs. V).

Toutes les malades sont arrivées à la Maternité en plein travail, ayant subi des contacts suspects, et semblaient réclamer suivant les idées reçues une symphyséotomie ou une embryotomie beaucoup plus qu'une césarienne.

Or, pour les trois premières, l'état du col, insuffisamment, dilaté et rigide au surplus, l'état du délabrement du vagin et les traumatismes subis par les voies urinaires contre-indiquaient formellement la symphyséotomie.

Dans l'observation IV, le mode de présentation défectueux de la tête amenait à la même conclusion.

Quant à la malade qui fait le sujet de la cinquième observation, l'état de l'enfant ne permettait aucune tentative d'extraction par les voies naturelles.

Il y avait donc là cinq embryotomies tout indiquées, et ces cinq embryotomies on ne les a pas faites. On n'a pas eu à se repentir de la conduite tenue, puisque les cinq enfants sont vivants et que quatre des mères se portent aussi bien que jamais.

Les suites opératoires, sauf dans le dernier cas, ont été remarquablement simples, bien qu'on n'ait pas toujours drainé la cavité péritonéale. L'observation III est particulièrement frappante. La courbe thermique est d'une régularité absolue, telle qu'on la pourrait souhaiter après la plus aseptique des laparotomies, et la mère a pu allaiter son enfant.

Seule, la dernière opérée a présenté, durant les neufs premiers jours, des oscillations allant de 36°4 à 38°5, et au septième jour, une dissociation assez inquiétante du pouls et de la température. A partir du dixième jour, l'orage s'est complètement apaisé d'ailleurs, et la guérison s'est achevée normalement. Il faudra souvent compter, sans doute, sur ces petits accidents, au cours de césariennes d'urgence. Mais on peut bien croire aussi que le drainage du péritoine et des soins assidus en viendront à bout dans la grande majorité des cas.

Les cinq enfants, nés vivants, ont tous pu être élevés, bien qu'on ait dû employer trois fois l'allaitement artificiel, et même le gavage (Obser. V), l'enfant refusant de prendre le biberon. On a perdu de vue un des enfants. Les quatre derniers se portent bien.

Malgré tout, nous ne nous croyons pas autorisé à dire que la césarienne d'urgence doive toujours donner d'aussi brillants résultats. Malgré toutes les précautions prises, un échec peut toujours se produire ; mais quelle intervention peut-on trouver qui soit à l'abri des insuccès. Si les faits acquis ne sont pas assez nombreux pour permettre des conclusions définitives, on a cependant le droit de s'en autoriser pour persévérer dans la même voie. Une longue expérience seule pourra dire si on peut s'y aventurer sûrement, ou si on la doit abandonner.

CONCLUSIONS

1° Lorsque l'enfant est vivant, l'embryotomie est une opération toujours mauvaise. Il faut la rejeter.

2° La césarienne l'emporte de beaucoup par la facilité de manœuvres et la simplicité de l'extraction de l'enfant sur la symphyséotomie. Son champ est plus étendu que celui de cette dernière.

3° L'infection n'est souvent qu'à l'état d'hypothèse gratuite, et, tant qu'elle n'est pas positivement constituée, il faut, même dans le cours du travail, même après des manœuvres d'extraction, si l'enfant est certainement vivant, pratiquer la césarienne d'urgence.

4° La césarienne d'urgence sera le plus souvent conservatrice. Elle sera exceptionnellement (infection constituée) suivie de l'hystérectomie subtotale.

5° Dans la plupart des cas, la césarienne d'urgence sera suivie de drainage du péritoine.

Vu le Président de thèse

BUDIN

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu : et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

OUVRAGES CONSULTÉS

- Tarnier et Budin.* — Traité de l'art des accouchements.
- Bar.* — Leçons de Pathologie obstétricale.
- Deux questions obstétricales.
- Maygrier.* — Article césarienne (In Traité de l'art des accouchements. T. IV).
- Pinard.* — Du fœticide. Semaine médicale, 4 décembre 1901.
- Rapport au congrès d'Amsterdam (août 1899).
- Coquel.* — Bulletins de la Société obstétricale de Paris (20 nov. 1901).
- Archives médicales d'Angers, 4 août 1903.
- Communication à la Société obstétricale de France, 7 avril 1904.
- Leçons professées à la Maternité d'Angers.
- Bué.* — Hystérotomie et hystérectomie.
- Jean.* — Thèse de Paris, novembre 1901.
- Vendeville.* — Thèse de Paris, novembre 1902.
- Riquoire.* — Thèse de Paris, novembre 1899.
- Olshausen.* — Congrès de Moscou, 1897.
- Léopold.* — Congrès d'Amsterdam, 1899.
- Pestalozza.* — Congrès d'Amsterdam, 1899.